

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

Долуподписаният/та.....

ЕГН:, притежаващ/а л.к. №....., издадена на г.
от МВР.....

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

Предоставям доброволно личните си данни за обработка, ползване и съхраняване от Министерството на здравеопазването, във връзка с осъществяване на правомощията му, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни.

Дата:г.

ДЕКЛАРАТОР:
(подпис)